Münster 1937 Nov Med DISS

Aus der Universitäts-Frauenklinik Münster (Westf.)
(Direktor: Prof. Dr. P. Esch.)

Klinischer und histologischer Befund bei abnormen Blutungen im praeklimakterischen Alter.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU
———— MÜNSTER (WESTF.) ————

vorgelegt von

Thea Maria Begger
Paderborn.

1936

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei von Robert Kleinert, Quakenbrück.

Dekan: Prof. Dr. Jötten.
Referent: Prof. Dr. Esch.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.) 1936.

Klinischer und histologischer Befund bei abnormen Blutungen im praeklimakterischen Alter.

Im praeklimakterischen Alter der Frau treten häufig abnorme gynäkologische Blutungen auf. Es kann sich dabei sowohl um Störungen der eigentlichen Regelblutung handeln, als auch um Blutungen, die unabhängig von ihr auftreten. In der medizinischen Umgangssprache und im Schrifttum werden diese pathologischen Blutungen schlechthin als klimakterische oder praeklimakterische Blutungen bezeichnet. Die Bezeichnung klimakterische Blutung ist falsch, da sich die Frau noch nicht in der Klimax befindet. Die Bezeichnung praeklimakterische ist richtig, bedeutet aber nur, daß die abnorme Blutung im praeklimakterischen Alter auftritt. Sie besagt garnichts über die Art der Blutung und ihre Ursache. Diese können sehr vielgestaltig und verschieden sein. Hinzu kommt, daß im Praeklimakterium die Zeitfolge der Menses so unregelmäßig und die Blutung so verstärkt und verlängert sein können (Esch), daß sich diese Blutungen in nichts von denen unterscheiden, die bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane vorkommen.

Um zu zeigen, wie verschieden die Aetiologie der Blutungen im praeklimakterischen Alter sein kann, habe ich im folgenden alle pathologischen, gynäkologischen Blutungen bei Frauen, die das 40. Lebensjahr erreicht hatten und sich noch nicht in der Menopause befanden, zusammengestellt. Es handelt sich dabei um Kranke, die in der Universitäts-Frauen-Klinik in der Zeit vom 1. 1. 1925 bis zum 31. 12. 1935 stationär behandelt wurden.

Bevor ich auf Einzelheiten der Blutungen im praeklimakterischen Alter eingehe, ist es notwendig, kurz auf die Analyse von gynäkologischen Blutungen überhaupt einzugehen. Man muß sich bei jeder abnormen gynäkologischen Blutung zunächst darüber klar werden, ob es sich um eine Menstruationsblutung handelt, oder ob es eine Blutung ist, die unabhängig von der Regel auftritt. Bei der normalen Regelblutung kommt es zur Desquamation und Ausstoßung der ganzen Funktionalis des Endometriums. Die Ursache für die Menstruations-

blutung ist also in den zerrissenen Gefäßen der Basaliswunde zu suchen. Die Blutung muß spätestens nach 8 Tagen spontan zum Stillstand kommen. Die Blutstillung bei der Menstruation kommt durch Kontraktion der Uterusmuskulatur zustande. Eine verstärkte Menstruationsblutung kann entweder die Folge von schlechter Kontraktionskraft der Uterusmuskulatur sein, oder durch eine verstärkte Blutfüllung der Gefäße des Uterus hervorgerufen werden. Vielleicht spielt die Blutgerinnung daneben eine gewisse Rolle. Jedenfalls ist bei Krankheiten, die mit einer geringen Fähigkeit zur Blutgerinnung einhergehen, die Regelblutung häufig verstärkt. Die Wiederkehr der Blutung dagegen ist abhängig vom Tempo der Eireifung und von der Dauer der Corpusluteum-Phase.

Außer diesen Menstruationsblutungen gibt es noch Blutungen, die nicht aus der normalen menstruellen Wundfläche stammen, sondern eine andere Blutungsquelle haben. Eine Regelblutung kann Nachblutungen haben, wenn die Heilung der Wundfläche gestört ist. Ebenso liegen besondere Ursachen vor, wenn Dauerblutungen auftreten. Tritt eine Blutung zwischen zwei Menstruationsterminen auf, spricht man von Zwischenblutungen.

Bei der Durchsicht der 692 Fälle von Blutungen im praeklimakterischen Alter der Frau lassen sich zwei Hauptgruppen unterscheiden 219 Fälle (31,6 %) betrafen lediglich Störungen der Regelblutung (zyklische Blutungen), während es sich bei 473 Fällen (68,4 %) um Blutungen handelt, die unabhängig von der Regel auftraten (azyklische Blutungen oder Menorrhagien).

1. Zyklische Blutungen (219 Fälle).

95 Frauen im Praeklimakterium suchten die Klinik auf, weil die Regelblutung zu stark war (Hypermenorrhoe). Die Regelwiederkehr erfolgte ganz regelrecht alle 28 Tage, die Blutung dauerte nicht länger als 8 Tage. Der Zyklus des Ovariums und des Uterus war also in keiner Weise gestört. Als Ursache der verstärkten Regelblutungen ließen sich folgende Veränderungen feststellen.

Aetiologie	Zahl der Fälle	
1. Myome	43	45,3 %
2. Chronisch entzdl. Prozesse der Adnexe u. des Beckenbauchfelles	14	14,7 %
3. Retroflexio Uteri mob. und Desc. uteri et vag. dupl.	18	19 %
4. Allgemeine Erkrankungen	6	6,3 %
5. Blutungen m. unbekannt. Ursache	14	14,7 %

Die häufigste Ursache für die verstärkte Menstruationsblutung waren Myome von wechselnder Größe (43 Fälle = 45,3 %), die vorwiegend intramural entwickelt waren. Die Blutung war erheblich verstärkt, sodaß in fast allen Fällen eine sekundäre Anämie aufgetreten war. Die verstärkten Regelblutungen waren meist das einzige Symptom, welches die myomkranken Frauen zum Arzte führte. Daneben klagten manche Kranke über Dysmenorrhoe, Spannungsgefühl im Leib und je nach Sitz der Myomknollen über Druckerscheinungen und Funktionsstörungen der benachbarten Organe. In der Anamnese der Erkrankten fand sich fast immer die Angabe, daß neben hellrotem Blut dicke Klumpen dunklen, schwärzlich aussehenden Blutes abgegangen seien, und daß die Stärke der Periode sich allmählich zu diesem Ausmaß entwickelt habe.

Die Ursache für diese verstärkten Blutungen ist vorwiegend in einer Störung des Blutstillungsmechanismus zu suchen. Die Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur ist durch das Myom behindert. Es kommt ferner durch die Myome zu einer Vergrößerung der Schleimhautoberfläche und damit zu einer Vergrößerung der blutenden Basaliswunde. Auch kann die Behinderung des Abflusses des venösen Blutes bei Frauen mit multiplen Myomen zu einer passiven Hyperaemie führen Die histologische Untersuchung des Abrasionsmaterials bot keine Besonderheiten.

In 14 Fällen (14,7 %) fanden sich als Ursache der verstärkten Regelblutung chronisch entzündliche Prozesse der Adnexe und des Beckenbauchfells. Bei 7 Fällen handelte es sich um eine ein- oder doppelseitige Parametritis. Die entzündlichen Prozesse rufen eine aktive oder passive Hyperämie hervor, die zu einer vermehrten Blutfülle des Uterus führen. Eine Behinderung der Kontraktion des Uterus tritt nur bei ausgedehnten Exsudaten oder größeren Verwachsungen ein. Bei der Abrasio fand sich in allen Fällen normale Uterusschleimhaut ohne krankhafte Veränderungen. Es konnte insbesondere keine Endometritis festgestellt werden.

Verstärkte Regelblutungen bestanden ferner bei 18 Frauen (19 %) im Praeklimakterium mit Retroflexio uteri mob. und Desc. uteri et vag. dupl. Die Abrasio hatte bei diesen Fällen ebenso wie Injektionen von Schwangerenblut und die Behandlung mit Hypophysin- oder Sekalepräparaten keinen dauernden therapeutischen Erfolg; jedenfalls hielt die Besserung nur kurze Zeit an. Daß der Grund für die starke Regelblutung tatsächlich in der Lageveränderung zu suchen war, zeigte sich dadurch, daß nach Einlegung eines Ringes oder Beseitigung der Retroflexio durch Operation die Blutung zu ihrer normalen Stärke zurückkehrte. Die verstärkte Blutung ist die Folge der beim retroflektierten Uterus durch Stauung hervorgerufenen Hyperämie. Die Ursache dieser

Stauung liegt nach Stoeckel (19) in einer Drehung der Parametrien, die zu einer Behinderung des Blutabflusses aus den Uterinvenen führt. Daneben spielt bei der Retroflexio auch die Kontraktionsbehinderung des aus seiner Lage verschobenen Uterus für die verstärkten Menstruationen eine Rolle. Wahrscheinlich wird auch durch die Schwäche der Uterusmuskulatur, durch die die Retroflexio mit entsteht, eine verstärkte Blutung hervorgerufen.

Bei 6 weiteren Fällen (6,3 %) ließ sich weder palpatorisch noch histologisch ein pathologischer Befund am Genitale erheben. Es fanden sich lediglich Zirkulationsstörungen bei Allgemeinerkrankungen. Drei Frauen litten an Lungentuberkulose, eine an Herzklappenfehler und zwei an Bluthochdruck infolge Nierenschädigung. Da diese Erkrankungen alle zu einer vermehrten Stauung im Gefäßsystem führen, ist die verstärkte Regelblutung darauf zurückzuführen.

Bei 14 Frauen (14,7 %) war weder durch genaueste Untersuchung noch durch die Abrasio ein Grund für die zu starke Blutung zu finden. Man kann für derartige Fälle nicht eine zu starke Bildung ovarieller Hormone als Ursache annehmen. R. Schröder (18) betont mit Recht, daß sich diese Auffassung nicht halten läßt. Die vermehrte Hormonproduktion würde nicht nur auf die Füllung der Gefäße im Becken wirken, sondern auch auf das Wachstum der Uterusmuskelzellen, die dann zu einer kräftigeren Drosselung der Gefäße fähig wären.

Der zweite Abschnitt umfaßt 124 Frauen im praeklimakterischen Alter, die die Klinik wegen zu häufiger Regelblutungen aufsuchten.

Für das Verständnis des Zustandekommens der zu häufigen Regelblutung sei folgendes kurz ausgeführt. Das beschleunigte Regeltempo steht in keiner Beziehung zum Uterus, sondern wird durch Funktionsstörungen des Ovariums bedingt. Nach Schröder (18) ist hierbei die Corpus-luteum-Phase abgekürzt. Das Corpus-luteum geht also frühzeitig zugrunde. Die geringste Zeit, die ein Intervall zwischen zwei regelrechten Menstruationen dauern kann, beträgt 16—17 Tage. Die Proliferationsphase ist nicht abgekürzt, der Follikel springt am 14. Tage. Nach der Ovulation geht das eben gebildete Corpus-luteum in 2—3 Tagen zugrunde, und dadurch kommt es zu einer verfrühten Desquamation der Uterusschleimhaut. Die uterine Wundfläche muß dabei genau so beschaffen sein wie bei einer zeitlich nicht zu früh einsetzenden Periodenblutung. Mit dieser Ansicht Schröders stimmen auch die Versuche von Clauberg (4), Kaufmann und Bickel (9) und Rabau (13) überein, denen es durch künstliche Zufuhr von Luteohormon gelang, zu häufige Regelblutungen mit günstigem Erfolge zu behandeln.

Bei 110 Frauen im Praeklimakterium waren die zu häufigen Regelblutungen auf eine ovarielle Funktionsschwäche zurückzuführen. Pal-

patorisch und histologisch ergab sich deshalb ein vollkommen normales Genitale. Es ist eine bekannte Tatsache, daß nach dem 40. Lebensjahr das nahende Klimakterium sich in Störungen der Zeitfolge der Regel bemerkbar macht. Die zu häufige Regelwiederkehr infolge vorzeitigen Zugrundegehens des Corpus-luteum muß also als Zeichen einer Schwäche und eines allmählichen Erlöschens der Ovarialfunktion aufgefaßt werden, nicht aber als Ausdruck einer gesteigerten Ovarialtätigkeit. In dieser Gruppe von praeklimakterischen Blutungen ist das Praeklimakterium selbst für das Häufigerwerden der Regel verantwortlich zu machen. Diese Fälle allein sind als echte praeklimakterische Blutungen zu bezeichnen, wenn man mit der Bezeichnung der Blutung nicht nur eine zeitliche Begriffsbestimmung, sondern eine Diagnose stellen will, die die Aetiologie in sich schließt. Von diesen 110 Patientinnen litten 45 außerdem noch an kleinen Myomen. Diese Nebenbefunde waren für die Tempoverkürzung ohne Einfluß. Sie bewirkten vielmehr, nach dem früher gesagten, daß die zu häufige Regelblutung dieser Frauen gleichzeitig zu stark oder verlängert war.

In 7 Fällen kamen chronisch entzündliche Beckenprozesse für die zu häufige Regelblutung aetiologisch in Frage. Nach Schröder wird das Ovarium durch Narben und Kohlensäureüberladung bei chronisch passiver Hyperaemie geschädigt. Das pathologisch-anatomische Bild ergibt häufig eine kleincystische Degeneration der Ovarien. Diese sind von kleineren und größeren Follikelcysten durchsetzt; ferner findet man Corpus-luteum-Cysten und Blutungen im Ovarium in Form von Follikel- oder Corpus-luteum-Haematomen. Es ist daher verständlich, daß das so geschädigte Ovarium auch funktionell stark gelitten hat; und eine Verkürzung des Intervalles zwischen zwei Menstruationen geschieht, wie oben ausgeführt, durch das vorzeitige Zugrundegehen des Corpus-luteum. Das Abrasionsmaterial in unseren Fällen ergab keine Besonderheiten.

7mal fand sich unter unseren Fällen von Blutungen im praeklimakterischen Alter eine sekundäre Ovarialinsuffiziens bei Allgemeinerkrankungen wie z. B. Lungentuberkulose, dekompensierte Herzfehler, Hypertonie und allgemeine Schwächung des Körpers nach schnell folgenden und zahlreichen Geburten, die eine Schädigung des Eierstocks bedingten und dadurch Störungen in seiner Funktion hervorriefen.

2. Azyklische Blutungen (473 Fälle).

Bei den azyklischen Blutungen handelt es sich um Blutungen unabhängig von der Regel. Entweder bestand die Blutung über die achttägige Dauer hinaus, oder sie trat ganz unabhängig von der Regel auf. Nach den im erstenAbschnitt gemachten Ausführungen können diese

Blutungen nicht aus der normalen menstruellen Wundfläche stammen, die spätestens nach 8 Tagen zur Heilung kommen, sondern es müssen andere Ursachen für ihr Zustandekommen vorhanden sein. Schließt sich unmittelbar an die normale Regel eine Blutung von verschieden langer Dauer und Stärke an, so spricht man von einer Nachblutung. Erfolgen die Blutungen zu verschiedenen Zeitpunkten zwischen zwei Regelterminen, bezeichnet man diese als Zwischenblutungen. Bei Nach- und Zwischenblutungen kann man den Regelbeginn fast immer deutlich erkennen. Der Verlauf der Blutung kann aber in seiner Stärke, Dauer und Wiederkehr so unregelmäßig sein, daß es unmöglich ist, noch eine Zyklusfolge zu erkennen, weil diese entweder gar nicht mehr besteht, z. B. bei glandulärer Hyperplasie infolge Follikelpersistenz, oder weil wegen der Stärke der Dauerblutung der Beginn einer neuen Regelblutung gar nicht mehr in Erscheinung tritt. Aus der Art der Blutung läßt sich aber keine Diagnose stellen, denn es finden sich bei einer Reihe von krankhaften Prozessen sowohl Nach- und Zwischen- als auch Dauerblutungen. In manchen Fällen z. B. bei Polypen, Myomen, Schwangerschaftsprodukten und Karzinomen der Scheide und des Muttermundes ließ sich die Diagnose durch die Palpation stellen. In anderen Fällen wurden durch die Abrasio und die darauf folgende genaue histologische Untersuchung die Fälle geklärt.

Bei unseren 473 Frauen in der Praeklimax mit azyklischen Blutungen ließen sich folgende Blutungsursachen feststellen:

Aetiologie	Zahl der Fälle	Prozentzahl
1. Carcinoma colli oder corp. uteri oder vaginae	135	28,5 %
2. Sarkome	8	1,7 %
3. Glanduläre Hyperplasie infolge Follikelpersistenz	92	19,4 %
4. Myome	79	16,7 %
5. Endometritis	48	10,1 %
6. Polypen des Corpus oder der Cervix	27	5,7 %
7. Erosionen	20	4,2 %
8. Schwangerschaftsprodukte:		
a) Abort	30	6,3 %
b) Chorionepitheliom	2	0,4 %
c) Blasenmole	1	
9. Haemorrhagische Diathese (Thrombopenie)	1	
10. Ovarialkarzinom	1	
11. Blutungen aus unbekannter Ursache	29	6,1 %

Eine der wichtigsten Rollen in der Aetiologie der azyklischen Blutungen des Praeklimakteriums spielen die Karzinome, die an jeder Stelle des Genitalschlauches vom Fundus uteri bis zum Introitus vaginae liegen können. Die Karzinome können jede Art von Blutung hervorrufen. Sie treten in unregelmäßigen Intervallen auf und sind von wechselnder, oft ganz beträchtlicher Stärke. Sie dauern manchmal nur kurze Zeit, können aber auch über Wochen anhalten. Auch die Berührungsblutungen sind nicht beweisend, weil sie auch bei gutartigen Erosionen und in die Scheide ragenden Zervixpolypen vorkommen. Die Karzinome sind im Praeklimakterium deshalb besonders gefährlich, weil sie fast immer zu spät in Behandlung kommen. Die Frauen wissen, daß vor dem Beginn der Menopause die Periode beginnt, unregelmäßig zu werden; daher werden sie durch die Blutungsanomalien zunächst gar nicht beunruhigt. Gehen sie schließlich doch zum Arzt, so ist das Karzinom oft schon so weit ausgedehnt, daß eine operative Behandlung nicht mehr möglich und ein Erfolg der Bestrahlung oft in Frage gestellt ist.

In 8 Fällen (1,7 %) wurde ein Sarkom des Uterus als Ursache der Blutungsunregelmäßigkeiten gefunden. Während bei den Schleimhautsarkomen (3 Fälle) Dauerblutungen bestanden, waren bei den Uteruswandsarkomen (5 Fälle) zunächst Zwischenblutungen vorhanden. Erst bei stärkerem Zerfall des Tumors waren Dauerblutungen aufgetreten. Histologisch handelte es sich um Rund- und Spindelzellensarkome. Das Praeklimakterium und das Klimakterium sind das bevorzugte Alter, in dem das Sarkom auftritt. Nach Esch (5) fallen 35 % aller Sarkome des Uterus in die Zeit vom 41. bis 50. Lebensjahr. Ebenso wie bei den Karzinomen ist es bei den Sarkomen unmöglich, ein typisches Blutungsbild anzugeben. Es kommt zu vermehrtem Ausfluß, der blutig verfärbt und übelriechend sein kann. Daneben bestehen unregelmäßige Blutungen, Berührungsblutungen und Abgang von bröckligen Massen.

Bei 92 (19,4 %) Frauen mit praeklimakterischen Blutungen fand sich eine Hyperplasia glandularis cystica infolge Follikelpersistenz.

Der überwiegende Anteil der Follikelpersistenzfälle fällt in die Zeit des Praeklimakteriums. Bei dem Krankheitsbild der glandulären Hyperplasie können alle Blutungsarten vorkommen, ohne daß man vom Typus Rückschlüsse auf die histologische Diagnose machen könnte. Im Vordergrunde standen bei allen Frauen Dauerblutungen; diese traten im Anschluß an einen bis dahin regelmäßigen Zyklus auf, oder setzten nach einem verlängerten Intervall ein, oder sie begannen, nachdem die Regel schon vorher Unregelmäßigkeiten in ihrem Zyklus aufgewiesen hatte. Die glanduläre Hyperplasie wird nach R. Schröder (18) durch reifende Follikel hervorgerufen, die sich nicht zum Corpus-luteum umbilden. Das in ihnen im Uebermaß gebildete Ovarialhormon regt das Endometrium

zu starker Hyperplasie über die normale Proliferationsphase hinaus an. Auch die Uterusmuskulatur wird derb und vollsaftig. In der hyperplastischen Schleimhaut kommt es infolge von Zirkulationsstörungen zu Nekrosenbildungen, die längere Zeit bestehen können. Aus diesen Nekrosen blutet es und nicht etwa aus einer normalen menstruellen Wundfläche. Adler (1) weist darauf hin, daß im Praeklimakterium das Zusammentreffen von Myomen mit glandulärer Hyperplasie sehr häufig ist. In unsern Fällen fand sich dieses 37mal. Beides beruht wahrscheinlich auf den gleichen innerskeretorischen Grundlagen, nämlich auf dem Ueberschuß von Proliferationshormon.

Bei 79 Frauen (16,7 %) fanden sich als Ursache der Blutungen im praeklimakterischen Alter Myome des Uterus. In 28 Fällen, in denen die Myome submukös entwickelt waren, suchten die Frauen die Klinik auf wegen ausgesprochen azyklischer Blutungen, die teils als Zwischenblutungen, teils als Dauerblutungen auftraten. Letztere begannen zum Teil schwach, nahmen allmählich an Stärke zu und führten schließlich zu tagelang anhaltendem Verlust teils flüssigen, teils klumpig geronnenen Blutes. Wie die Stärke der Blutung, so war auch ihre Dauer sehr verschieden. Oft währte sie erheblich länger als 8 Tage, meist 14 Tage und darüber. In einem Falle von Uterus myomatosus hielt die Blutung sogar ein halbes Jahr an. Bei 46 intramuralen Myomen waren verschieden lange Nachblutungen im Anschluß an die Regel vorhanden, sodaß das blutungsfreie Intervall in manchen Fällen nur 8 Tage betrug. Bei den meisten Frauen war die Stärke der Nachblutung geringer als die eigentliche Regelblutung. Bei den submukösen Myomen erklären sich die Metrorrhagien ohne weiteres durch den Sitz des Myoms. Die Ursache für die Nachblutungen bei den intramural entwickelten Myomen ist nicht so leicht ersichtlich. Durch die Abrasio ließ sich der Grund nicht eindeutig erklären. Vielleicht kommt es infolge unregelmäßiger Gestaltung der Uterusinnenfläche durch nahe der Schleimhaut gelegene intramurale Myomknoten zu Störungen in der Heilung der menstruellen Wundfläche und damit zu Nachblutungen.

Bei 48 Frauen (10,1 %) fand sich als Ursache der bestehenden azyklischen Blutung kein pathologischer Tastbefund. Dagegen ergab die Abrasio eine echte Endometritis. 14mal fand sich während einer normalen Zyklusphase unter der Oberfläche der Schleimhaut mehr oder weniger reichlich Rundzellinfiltrate. Bei 18 Fällen bestanden kleine Ulzerationen der Uterusschleimhaut, die als Ursache für die vorhandenen Zwischenblutungen angesehen werden müssen. Bei 7 Frauen zeigte sich histologisch eine Entzündung der Basalis. Die dadurch hervorgerufene Verzögerung der Wundheilung erklärt die bei ihnen bestehenden Nachblutungen. In 9 Fällen bestanden verschieden lange Dauerblutungen mit

vollständiger Störung des uterinen Zyklus. Histologisch fand sich eine sehr schwere Endometritis.

Polypen des Korpus oder der Zervix (27 Fälle = 5,7 %) waren charakteristisch für typische Zwischenblutungen, die ihren Grund in einer Verletzung des Oberflächenepithels haben, wie histologisch an den entfernten Polypen festgestellt wurde.

Ebenso wie die Schleimhautpolypen machten sich Erosionen, an denen 20 Frauen (4,2 %) mit praeklimakterischen Blutungen litten, durch typische Zwischenblutungen bemerkbar. In einigen Fällen machte die Erosio keine Zwischenblutung, sondern die Blutung schloß sich an eine regelrechte Menstruation an. Man kann diese Blutung jedoch nicht als Nachblutung bezeichnen, weil sie nicht auf einer Störung der menstruellen Wundfläche beruht, sondern die Erosio die Blutungsquelle darstellt.

Als weitere seltene Ursache für abnorme Regelblutungen im Praeklimakterium der Frau fand sich ein Fall von Thrombopenie. Es bestanden regelrechte azyklische Blutungen in Form von Zwischen- und Dauerblutungen. Die thrombopenetischen Blutungen aus dem Endometrium haben mit der Regelblutung nichts zu tun, sondern sind als reine Diapedesisblutungen aufzufassen.

Schwangerschaftsprodukte kamen in 33 Fällen (7 %) für die unregelmäßige Blutung in Betracht. Sie bedürfen keiner besonderen Erläuterung.

In einem Falle fand sich ein doppelseitiges Ovarialkarzinom bei einer 44 Jahre alten Frau, die seit 5 Monaten dauernd blutete. Die histologische Untersuchung des Abrasionsmaterials ergab keine Erklärung für das Zustandekommen der Metrorrhagien. Es bestand keine Hyperplasia glandularis cystica.

In 29 Fällen (6,1 %) blieb die Ursache der azyklischen Blutung unklar. Es handelte sich dabei zum Teil um Dauerblutungen. Es ist möglich, daß trotz Abrasio und eingehender Untersuchung kleine Corpus- oder Cervixpolypen oder kleine submukös entwickelte Myomknollen oder Fälle mit abgelaufener Hyperplasia glandularis cystica (Stadium III nach Runge) nicht erkannt wurden.

Zusammenfassend kommt man zu dem Ergebnis, daß die Ursache der Blutungen im praeklimakterischen Alter eine sehr verschiedene sein kann. Die Untersuchungen unserer 692 Fälle haben ergeben, daß sowohl die Störungen der eigentlichen Regelblutungen (219 Fälle), als auch die azyklischen Blutungen (473 Fälle) im Praeklimakterium durch die verschiedenartigsten krankhaften Veränderungen hervorgerufen werden können. Die Bezeichnung praeklimakterische Blutung ist also

keine Diagnose, sondern lediglich eine zeitliche Begriffsbestimmung und sollte durch eine genaue Diagnose, durch die die Ursache der Blutung eindeutig geklärt wird, ersetzt werden. Die Untersuchungen zeigen, daß es falsch ist, abnorme Blutungen im praeklimakterischen Alter der Frau mit dem nahenden Klimakterium in Verbindung zu bringen, ohne durch Untersuchung und Abrasio eine exakte Diagnose gestellt zu haben. Nur ein verhältnismäßig kleiner Teil (110 Fälle) von Blutungsanomalien wurde durch die herannahenden Wechseljahre verursacht.

Schrifttum.

1. K. Adler: Die klinischen Erscheinungen bei glandulärer Hyperplasie des Endometriums. Mon. f. Geb. u. Gyn. 90 (1932), S. 340. Derselbe: Ueber die postklimakterischen Blutungen gutartigen Ursprungs. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, Nr. 100; 1931.
2. L. Adler: Die entzündlichen Erkrankungen des Uterus. Halban-Seitz, 4. Band, S. 1.
3. H. Albrecht: Pathologische Anatomie und Genese der Myome. Halban-Seitz, Band 4, S. 198.
4. C. Clauberg: Die Wirksamkeit des Luteohormons, des spezifischen Hormons, des Corpus-luteums, am menschlichen Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1932, S. 2461.
5. P. Esch: Die Symptomatologie, Diagnostik und operative Therapie der Uterussarkome und die Mischgeschwülste des Uterus. Handb. der Gyn. von Veit-Stoeckel 6/2, S. 181.
6. H. Goecke: Zur Pathogenese gyn. Blutungen nebst einigen Bemerkungen zu ihrer Therapie. Zbl. f. Gyn. 57, S. 2721 (1933).
7. Th. Heynemann: Die Behandlung der juvenilen Blutung. Zbl. f. Gyn. 1933, S. 2055—2061.
8. R. Th. v. Jaschke, O. Pankow: Lehrbuch der Gynäkologie. Julius Springer, Berlin 1923.
9. Kaufmann und Bickel: Ueber die Behandlung genitaler Blutungen mit Corpus-luteum-Hormon. Zbl. f. Gyn. 56, S. 1329 (1932).
10. Kaufmann und Hoeck: Vergleiche histologisch gutartiger Befunde am Schabsel aus dem Uterus mit klinischen Erscheinungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 90, 1927, S. 595.
11. F. Knab: Beiträge zur Behandlung ovariell bedingter Blutungen mit dem Hormon des Corpus-luteum. Zbl. f. Gyn. 1933, S. 987 bis 992.

12. H. v. Peham: Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und operative Behandlung der Myome. Handb. d. Gyn., Veit-Stoeckel 6/2.
13. E. Rabau: Zur Behandlung der ovariell bedingten Uterusbl. mit dem Hormon des Corpus-luteum. Dtsch. med. Wochenschrift 1932, 2., S. 1643—1644.
14. Runge, H.: Gynäekologische Blutungen. Arch. f. Gyn. 156, S. 27—35 und 46—46 (1933).
15. A. Seitz: Ueber anatomische Befunde am Endometrium bei Meno- und Metrorrhagien. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. 1921, Bd. 83, S. 678.
16. H. Siebke: Diagnose und Therapie bei Genitalblutungen der Frau außerhalb der Menstruation. Med. Klin. 1934, 1., 149—153 und 385—389.
17. Schroeder, Keßler und Tietze: Zur Pathogenese gyn. Blutungen nebst einigen Bemerkungen zu ihrer Therapie. Zbl. f. Gyn., S. 2721 (1933).
18. R. Schroeder: Der mensuelle Genitalzyklus des Weibes und seine Störungen. Handb. der Gyn. v. Veit-Stoeckel 1/2 S.
19. Derselbe: Die Pathogenese und Therapie der die chron. Endometritis charakterisierenden Symptome: Blutungen, Fluor und Schmerzen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 50, S. 97.
20. W. Stoeckel: Lehrbuch der Gynäekologie.
21. B. Zondeck: Die Hormone des Ovariums und des Hypophysen-vorderlappens. Untersuchungen zur Biologie und Klinik der weiblichen Genitalfunktion. Berlin, Julius Springer, 1931.

Lebenslauf.

Als Tochter des verstorbenen Kaufmanns Bernhard Begger und seiner ebenfalls verstorbenen Ehegattin Theresia, geb. Berensmeyer, wurde ich, Thea Maria Begger, am 13. Mai 1909 in Paderborn geboren.

Im Alter von 6 Jahren kam ich auf das Lyzeum St. Michael in Paderborn und bestand Ostern 1928 an der realgymnasialen Anstalt derselben Schule mein Abitur. Anschließend studierte ich Medizin in Münster (Westf.), wo ich im Juli 1930 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Köln, Berlin und Münster (Westf.). Hier bestand ich im Dezember 1934 das medizinische Staatsexamen.